

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ  
*du Sud-Est*



**Votre RLISS, vos soins de santé  
Prenez votre avenir en mains**

**RLISS du Sud-Est - Rapport annuel 2005-2006**





# Table des matières

4	Bienvenue au Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est
6	Message de la présidente
9	Message du directeur général
12	L'équipe de direction
15	Notre RLSS
	- Notre population
	- État de santé
	- Pratiques sanitaires et soins préventifs
	- Morbidité et mortalité
	- Priorités en matière d'intégration
	- Évoluer à partir des succès remportés
25	Opérations de démarrage
26	Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est : bilan de l'année
28	Gouvernance
29	Plan de services intégrés en matière de santé
30	Mobilisation de la collectivité
31	États financiers
37	Annexe A
40	Renseignements



**Bienvenue au Réseau local d'intégration des  
services de santé du Sud-Est**

Le présent rapport donne un aperçu du RLISS du Sud-Est en faisant appel aux plus récentes données sur les caractéristiques sociales et démographiques, sur l'état de santé, sur les pratiques et les résultats en matière de santé de la population. Les taux ou pourcentages pour l'Ontario sont offerts à des fins de comparaison.

Par rapport à la province, le Sud-Est compte :

- une proportion plus élevée de personnes âgées
- une plus forte proportion de la population ayant déclaré être limitée dans ses activités
- une plus forte prévalence d'excès de poids et d'obésité
- une proportion plus élevée de fumeurs quotidiens
- un plus haut taux de vaccination contre la grippe
- une plus forte prévalence d'arthrite et de rhumatisme, ainsi que de maladies cardiaques
- des taux plus élevés de mortalité et d'hospitalisation normalisés selon l'âge toutes causes confondues

ainsi qu'une proportion moindre :

- d'immigrants et de minorités visibles
- de francophones
- de même qu'une espérance de vie moindre à la naissance pour les hommes et les femmes

Le RLISS du Sud-Est compte une population rurale appréciable, et 44 % des résidants habitent des collectivités de moins de 10 000 habitants. Le RLISS du Sud-Est est également beaucoup plus homogène sur le plan de la langue, et compte la plus grande proportion de personnes âgées de plus de 65 ans de la province. Le RLISS du Sud-Est a le taux le plus élevé d'arthrite, rhumatisme et de maladies cardiaques – deux des résultats en matière de santé étroitement associés à l'âge – comparativement à tous les autres RLISS de la province.

Pour obtenir davantage de renseignements sur l'organisation du Réseau local d'intégration des services de santé et sur la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, voir l'annexe A.

## Message de la présidente



Lorsque je repense à cette première année d'existence, je suis très fière des changements et des réalisations importantes qui l'ont marquée. Je suis honorée d'avoir été choisie parmi les premiers présidents du RLISS à l'occasion de cette transformation tant attendue du système de santé – une transformation qui assurera la durabilité de cette ressource précieuse considérée par un grand nombre comme l'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

J'aimerais tout d'abord remercier le ministre d'avoir eu le courage et la sagesse de reconnaître que notre vaste système de santé ne peut être géré efficacement à partir d'un bureau à Toronto. Je veux également remercier mes collègues du conseil ainsi que notre personnel limité de leur dévouement dans cette grande aventure rendue possible grâce à l'engagement et au soutien de la collectivité du RLISS, collectivité qui a fait sienne la vision d'un « système de santé qui aide les gens à demeurer en santé, fournit des soins adéquats lorsque les gens en ont besoin et qui sera encore là pour nos enfants et nos petits-enfants ». Les partenariats formés avec vous sont en train de faire de cette vision une réalité.

Je n'ai jamais eu, au cours de mes 28 ans de carrière professionnelle en soins de santé, le privilège de participer à une cause aussi inspirante que celle dans laquelle nous sommes maintenant engagés. Nous avons eu l'occasion, au cours de l'année écoulée, d'entamer avec la collectivité des dialogues comme jamais auparavant – des dialogues qui ont permis et continueront de permettre aux membres de la collectivité aussi bien d'identifier les besoins locaux en matière de santé, que de faire entendre leur voix en tant que partenaires à part entière.

Nous en sommes là aujourd'hui grâce à une succession d'événements qui ont commencé, au début de l'année 2004, par une série d'ateliers tenus un peu partout dans la province afin d'identifier les principaux besoins et les priorités dans l'ensemble du système de santé. La participation des collectivités locales dès le début, favorisée par le ministre, a permis de jeter, selon moi, des bases solides à partir desquelles nous avons pu construire. J'ai eu le privilège de participer à un atelier dans le Sud-Est où j'ai pu voir les participants cerner les problèmes locaux. Nous avons également

vu les collectivités mettre en place des points de contact grâce auxquels nous avons pu joindre des personnes clés dans ces collectivités. Les deux grands thèmes que sont les soins aux patients et le soutien administratif, tous deux mis à l'ordre du jour par le Ministère, ont fait l'objet de 142 priorités en matière d'intégration, priorités que les RLISS ont prises comme point de départ. Il est intéressant de noter que les deux priorités qui sont ressorties portaient sur les deux principaux thèmes proposés par le Ministère : 1) le niveau important de frustration que connaissaient les patients tentant de se frayer un chemin dans le labyrinthe de notre système de santé; et 2) la prise de conscience que le personnel fournissant les services ne s'y retrouvait pas non plus.

En juin 2005, on annonçait la création de 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé, suivie en juillet de la nomination des trois membres fondateurs du conseil. Au mois d'août, l'incorporation, les lettres patentes et le protocole d'entente ont été signés par Sa Majesté la Reine, représentée selon le droit Ontarien par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS.

En août 2005, le directeur général a été embauché et, à la suite d'une première séance d'orientation, les trois membres fondateurs et le directeur général ont entamé le processus visant à mobiliser la collectivité. Le RLISS du Sud-Est est fier de rapporter qu'au cours des six derniers mois de notre première année, nous avons rencontré plus de 300 organisations regroupant 4 000 personnes provenant de divers organismes de santé locaux, de consommateurs, de familles et de représentants municipaux. Ces premières rencontres étaient cruciales pour donner le ton de la relation avec nos partenaires. Je crois que nous avons développé des liens importants avec nos collectivités et que cela nous rapproche d'autant de nos buts. Le conseil est d'avis, après avoir visité le RLISS et rencontré les représentants des collectivités, qu'en dépit de quelques commentaires initiaux négatifs, la réponse générale était positive et que tout le monde a hâte de s'atteler à la tâche.

En novembre 2005, deux autres membres se sont ajoutés au conseil, suivi d'un troisième un mois plus tard. Parallèlement, le conseil recrutait dans la collectivité trois personnes pour nous aider à trouver les trois derniers membres du conseil. Le comité avait pour tâche de s'assurer que les membres du conseil possédaient une bonne expérience. Le comité des candidatures a été enchanté de recevoir environ 40 mises en candidature pour les trois postes. Six candidats ont été retenus; et les derniers membres ont été nommés par décret en mars. Je profite de la présente occasion pour remercier une fois encore les représentants de la collectivité d'avoir pris le temps, malgré un emploi du temps chargé, de nous aider à sélectionner les derniers membres. Les membres du conseil, maintenant au complet, ont commencé à faire connaissance les uns avec les autres et à prendre conscience du talent formidable ainsi regroupé et prêt à servir les collectivités du RLISS.

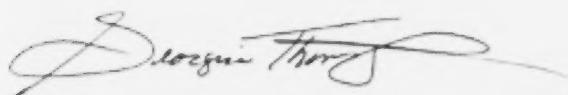
Une formation, en cours actuellement, devrait nous permettre d'atteindre un haut niveau de fonctionnement. Les mêmes séances de formation seront offertes à nos partenaires de la collectivité, permettant éventuellement à tout le monde de fonctionner au même niveau élevé lorsque nous planifierons l'avenir des soins de santé de notre collectivité.

Le conseil a entrepris le processus visant à établir les comités nécessaires, tels le comité de vérification, le comité des finances, le comité du gouvernement d'entreprise et des mises en candidature, ainsi que le comité du directeur général, qui a débuté dans ses fonctions en mars en procédant à l'évaluation du directeur général. Je suis heureuse des résultats de cette évaluation, tout en reconnaissant les ressources limitées présentement à la disposition non seulement du conseil, mais également du directeur général.

Le plus grand jour pour le conseil et, je crois, pour la collectivité, a été le 1er mars 2006, lorsqu'a été adoptée la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. Le 28 mars 2006 a aussi été une journée très spéciale, lorsque la Loi a reçu la sanction royale. L'adoption de cette loi historique et l'assentiment royal dont elle a fait l'objet reflètent le désir de changement dans la gestion et la prestation des services de santé exprimé par la population de la province. Ce désir est reflété dans les réponses positives qu'a reçues le conseil lors des premiers contacts avec la collectivité, et continue de se faire entendre alors que nous progressons dans l'exécution de notre mandat. À mesure que la collectivité et notre conseil poursuivent leurs efforts pour « transformer » notre système de santé, il sera encore plus important de maintenir un dialogue transparent et inclusif.

En tant que conseil, nous anticipons avec plaisir l'exercice 2006-2007, durant lequel sera lancé notre Plan de services intégrés. Ce dernier a été développé en collaboration avec la collectivité, car nous reconnaissons la nécessité d'obtenir la participation de celle-ci afin de mieux cerner les besoins locaux. Nous avons hâte de mobiliser à nouveau la collectivité pour modeler ensemble l'avenir du système de santé à la fois localement et avec nos partenaires de toute la province. Permettez-moi de terminer avec ces quelques mots de Henry Ford :

« Se réunir est un début, collaborer constitue un progrès et rester ensemble est une réussite. » À notre réussite!

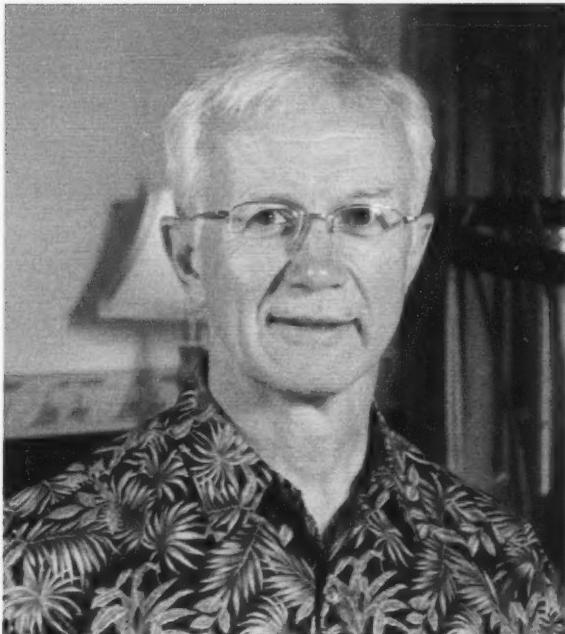


La présidente, Georgina Thompson



La vice-présidente, Florence Campbell

## Message du directeur général



Le 31 mars 2006 marquait le 222e jour de fonctionnement du Réseau local d'intégration des soins de santé du Sud-Est. Les efforts portaient alors sur la mise sur pied d'une nouvelle organisation et d'un bureau; sur l'établissement de liens avec les collectivités et sur le déploiement d'efforts pour remplir notre nouveau mandat. Lorsque je repense à nos débuts, je suis fier des progrès accomplis et j'ai hâte de voir se réaliser le potentiel de notre système de santé local.

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est est l'une des 14 organisations du genre conçues par le gouvernement de l'Ontario et pilotées par un visionnaire, le ministre de la Santé, George Smitherman. Il a pour but de mieux gérer le système de santé à l'échelon local, de sorte que l'immense entreprise morale de la province qu'est le système de santé, une industrie de 35,4 milliards de dollars, soit davantage centrée sur le patient et réponde plus adéquatement aux besoins sans cesse changeants des collectivités.

Votre Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est est responsable des six mandats suivants:

- activités locales de planification des services de santé  
(Plan de services intégrés)
- intégration
- accords concernant le rendement et la reddition de comptes
- évaluation et rapport sur le rendement
- financement des services de santé
- engagement de la collectivité

En août 2005, les trois membres du conseil nommés et moi-même, en tant que directeur général, avons commencé à mettre l'organisation sur pied. Nous avons tenu nos premières réunions du conseil dans un bureau temporaire à Kingston. Les toutes premières activités du bureau consistaient à élaborer les politiques et procédures financières; préciser les besoins en matière de personnel; préparer le bureau permanent à Belleville; et travailler en étroite collaboration avec l'excellente Équipe de restructuration des services de santé du Ministère. Sans l'aide de Hugh MacLeod, sous-ministre adjoint de la Santé, et Gail Paech, responsable du RLISS, et leur équipe talentueuse et attentionnée, nous serions encore aux prises avec les nombreuses tâches fastidieuses liées au démarrage.

Pendant l'hiver, le bureau s'est agrandi avec l'ajout de quatre membres du personnel, soit Sherry Kennedy, directrice principale, Performance, contrats et affectations; Nancy Sears, directrice principale, Planification, intégration et participation communautaire; Jacqui Prospero, adjointe de direction du directeur général; et Paula Heinemann, chef de bureau. Ce groupe talentueux et enthousiaste a développé un esprit d'équipe qui s'est manifesté par un vif désir de travailler pour réaliser les mandats du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est.

Une grande partie des activités initiales du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a porté sur la mobilisation de la collectivité et sur l'élaboration du premier Plan de services de santé intégrés du Sud-Est. Nos premiers efforts ont porté sur l'établissement de bons rapports avec nos fournisseurs de services de santé et avec le grand public, ainsi que sur la participation aux discussions sur les façons d'améliorer notre système de santé.

La présidente, Georgina Thompson, et moi-même avons rencontré environ 4 000 personnes et plus d'une centaine d'organisations et de groupes afin d'en apprendre davantage sur leurs services et partenariats, de présenter le concept des RLISS et de mieux comprendre l'environnement local en matière de soins de santé.

Un peu plus tard, le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a préparé le premier Plan de services de santé intégrés, en élaborant un processus incorporant les points de vue à la fois de nos résidants et des fournisseurs de services, ainsi qu'une compréhension des exigences actuelles et projetées en ce qui concerne notre système. Cette vaste planification précédait des activités de mobilisation de la collectivité visant à joindre 1 000 personnes additionnelles, par le moyen de 109 rencontres tenues dans 22 collectivités de la région du Sud-Est. Cette analyse qualitative est devenue un aspect critique de notre planification des services de santé intégrés et nous a permis de mieux comprendre une analyse quantitative globale.

En outre, le Réseau local d'intégration des services de santé a commencé à organiser des réunions permettant d'étudier des possibilités d'intégration, par exemple sur les temps d'attente, ainsi que des rencontres avec les alliances et réseaux locaux sur l'évolution du système de santé.

Nos premiers exploits nous ont donné le goût de poursuivre et d'aller plus loin grâce à nos partenariats avec la merveilleuse population de la région du Sud-Est. Nous avons la chance d'avoir un système de santé très solide dans la province et particulièrement dans le Sud-Est. Les précieuses ressources qui soutiennent notre système doivent, cependant, être maximisées de sorte que nous ayons le meilleur système de services et de soins possible pour nos résidants. Je crois que le Réseau local d'intégration des services de santé a la capacité et la vigueur nécessaires pour soutenir notre talentueuse et dévouée équipe de professionnels de la santé dans le Sud-Est et la mener au sommet.

Leyland Kaiser, futuriste bien connu dans le domaine de la santé, disait ceci:

Un système efficace comporte trois éléments:

Les bonnes personnes,

La collaboration par l'intermédiaire de relations appropriées,

La poursuite d'une vision commune.

Je suis fier de faire partie d'une équipe dynamique qui reconnaît la chance que nous avons d'oeuvrer au sein d'un système local incluant certains des meilleurs professionnels de la santé au monde. Je suis convaincu que le Réseau local d'intégration des services de santé est en mesure de permettre à ces professionnels de confirmer une vision commune et de développer les relations appropriées nécessaires pour faire évoluer notre système vers son plein potentiel. L'avenir qui se dessine est clair et passionnant. Il fait bon, aujourd'hui, faire partie de ce système de santé.

Veuillez accepter mes salutations distinguées.



*Le directeur général, Paul Huras*

## L'équipe de direction



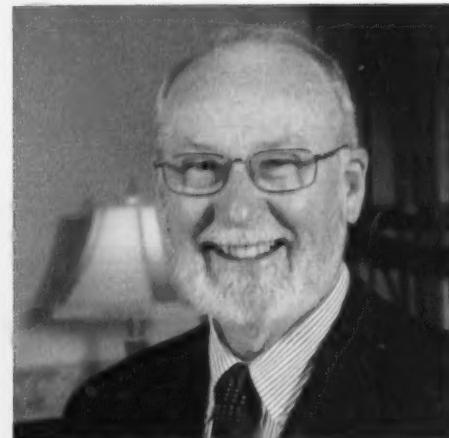
**Présidente – Georgina Thompson,  
RN, Bsc.N (Belleville) Mandat – 2005-2008**

Georgina Thompson a été présidente fondatrice d'All Care Health Services Limited de 1981 à 2005. Elle a aussi été conseillère en soins infirmiers auprès de Plainfield Community Homes de 1989 à 2005. Mme Thompson a été infirmière au service d'urgence de l'Hôpital Memorial de Trenton de 1981 à 1995 et infirmière à l'Hôpital général de Belleville de 1978 à 1981. Elle a été conseillère de la municipalité de Thorlow de 1986 à 1995 et de la ville de Belleville de 2003 à 2005. Mme Thompson siège aussi à plusieurs conseils d'administration communautaires, en trop grand nombre pour les nommer tous. Mme Thompson a reçu le Prix du premier ministre pour ses accomplissements dans le domaine des sciences de la santé au sein du système collégial (1993), elle a été nommée Femme d'affaires de l'année pour le comté de Hastings et Prince Edward en 2002 et a reçu le Prix Harry Jerome en 2003.



**Vice-présidente – Florence Campbell  
(Kingston) Mandat – 2005 – 2008**

Florence Campbell est un cadre supérieur à la retraite. Durant sa carrière, Mme Campbell a été directrice adjointe de l'Université Queen's et vice-présidente du Conference Board du Canada et elle a occupé divers postes de direction chez IBM Canada. Mme Campbell a siégé comme membre de nombreux conseils d'administration communautaires, soit comme membre de la Fondation du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, membre du conseil consultatif de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et membre du conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston (elle a occupé le poste de présidente, comités de planification et de la recherche et du développement). Elle est actuellement membre de la Community Foundation of Greater Kingston (fondation communautaire du grand Kingston) et du Grand Theatre Restoration Committee (comité de restauration du Grand théâtre).



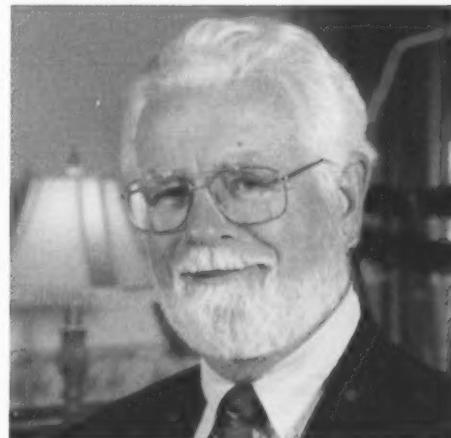
**Membre – Ian Wilson  
(Amherstview) Mandat – 2005-2008**

Ian Wilson est doyen de l'Administration des affaires au Collège St. Lawrence à Kingston. Ancien édile municipal, il a été préfet du comté d'Ernestown et président du conseil du comté de Lennox et Addington. M. Wilson a occupé de nombreux postes au sein d'organismes bénévoles du domaine des soins de santé. Il a notamment été membre et président du conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston; membre du conseil et président du Bureau de santé des comtés de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington; membre du Conseil régional de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington; et membre du Centre d'accès aux soins communautaires de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington. Monsieur Wilson détient une maîtrise en éducation ainsi qu'une maîtrise en administration publique de la Queen's University.



**Membre – John Groves  
(Brockville) Mandat – 2006-2008**

John Groves a été agent du service extérieur pour le ministère des Affaires extérieures (maintenant le ministère des Affaires étrangères) de 1967 à 1996. Il a travaillé à l'étranger à Berlin, à Bonn et à Dar es Salaam. Pendant ces affectations, il a agi comme directeur de la politique énergétique internationale, directeur des avantages sociaux du service extérieur et directeur des membres du personnel engagés localement. Il a eu d'autres affectations au gouvernement fédéral, y compris des postes au ministère de l'Énergie, des Mines et des Ressources et au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Il a également été conseiller économique auprès de l'Administration du pipeline du Nord et directeur du commerce et du tourisme pour la Nouvelle-Écosse. M. Groves consacre à présent une grande partie de son temps au travail communautaire, y compris auprès du Fonds du Primat pour le secours et le développement mondial, de la popotte roulante, du Community Alpha et de Loaves and Fishes. Il est préfet de la paroisse anglicane de St. Lawrence et est impliqué dans plusieurs activités reliées aux facettes liturgiques et organisationnelles de la vie paroissiale.



**Membre – Kenneth Alan McBain  
(Madoc) Mandat – 2006-2008**

Kenneth McBain possède presque 40 années d'expérience dans la gestion des soins de santé. Son expérience de gestion porte sur la prestation de services en santé et dans divers domaines connexes, l'éducation et la formation, ainsi que les politiques en matière de santé à l'échelon tant local que national. Monsieur McBain a obtenu son diplôme universitaire en administration des affaires en 1962 et a ensuite occupé des postes de directeur général dans les domaines de la formation médicale universitaire, des soins à domicile, des soins de première ligne et de la pratique des médecins spécialisés, des centres de santé communautaires et des finances d'établissements hospitaliers. Outre la gestion de services de santé directs, son expérience englobe également la dentisterie, la pharmacie, la santé comportementale et mentale, les laboratoires et la radiologie. Bien qu'étant natif des É.-U., Monsieur McBain est revenu dans la région de Madoc où demeure sa famille depuis son établissement au milieu des années 1800. Depuis qu'il a pris sa « retraite », en 2004, il a été membre du conseil d'administration du Centre Hastings Medical Centre, de la Central Hastings Sustainable Communities Association et du Prince Edward Rural Health Sciences Network.



**Membre – Gaye McGinn (L'Amable)  
Mandat – 2006-2007**

Gaye McGinn a travaillé dans les domaines suivants : elle a été aide soignante, a travaillé dans l'assistance dentaire, l'immobilier, et a été entrepreneure. Elle s'est toujours concentrée sur le service à la clientèle et la satisfaction de la clientèle. Mme McGinn est retournée à l'école en 1986-1987 et a obtenu un diplôme en administration juridique à la Toronto School of Business pour ensuite devenir vice-rectrice de la Toronto School of Business à Oshawa. En tant que membre de l'équipe travaillant avec les directeurs, le recteur et les autres membres du personnel administratif, Mme McGinn a aidé à la création de procédures opérationnelles, de programmes et de normes de rendement. Elle était également responsable de la compilation des rapports pour les analyses financières et de l'archivage de tous les dossiers scolaires. Au fil des ans, Mme McGinn a siégé à plusieurs conseils d'administration à titre bénévole. Plus récemment, elle a participé aux efforts qui ont débouché sur la mise sur pied d'un groupe de soutien aux personnes en deuil au foyer de North Hastings. Elle a suivi une formation d'animatrice pour aider les personnes en deuil.

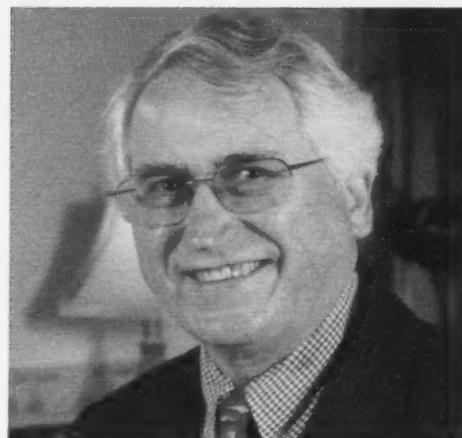


**Membre – Malmukund Patel**  
**(Stirling) Mandat – 2006-2008**

Balmukund Patel est propriétaire de la pharmacie Balu's à Stirling depuis 1993. Avant cela, il a été le gérant de la pharmacie Boots the Chemists à Chatham, copropriétaire de la pharmacie Village Square à Scarborough et propriétaire associé du Shoppers Drug Mart à Kenswick. M. Patel a obtenu son baccalauréat en pharmacie en 1977 à l'université de Bath, en Angleterre. Il est président de la Quinte Area Pharmacists' Association, membre du conseil d'administration du Centre d'éducation sur le diabète, et organise le tournoi de golf annuel de bienfaisance des pharmaciens de la région de Quinte.

**Membre – Thomas Rankin**  
**(Merrickville) Mandat – 2006-2007**

Tom Rankin met à la disposition du Réseau local d'intégration des services de santé ses 30 ans d'expérience dans le domaine de la fonction publique. Avant d'entamer sa carrière de 27 ans au sein du gouvernement de l'Ontario, il a travaillé dans le domaine des communications au sein de l'Université de Waterloo. Il a occupé divers postes aux ministères de l'Éducation, des Services sociaux et communautaires, de la Culture et des



Loisirs, du Tourisme et des Loisirs, ainsi que du Développement économique et du Commerce. Au moment de prendre sa retraite, il était directeur régional de la culture, du tourisme et des loisirs. Le développement du leadership a constitué une partie importante de sa carrière et il a animé de nombreux programmes de perfectionnement des cadres auprès de l'Institut Niagara et du Centre canadien de gestion. À la retraite depuis huit ans, monsieur Rankin a occupé divers postes bénévoles dans des organismes de soins de santé, dont les suivants : président du Centre d'accès aux soins communautaires de Lanark, Leeds et Grenville; vice-président du Centre d'accès aux soins communautaires de Lanark, Leeds et Grenville; vice-président de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario; et membre exécutif pour le Merrickville District Community Health Centre. Il met aujourd'hui à profit ses diplômes en mathématiques et en physique de l'Université de Waterloo dans l'entreprise de tutorat en mathématiques qu'il dirige avec son épouse, Marian. Tom et Marian ont trois filles, toutes trois détentrices d'un diplôme en sciences de la santé de l'Université McMaster et travaillant dans le domaine des soins de santé.



**Membre – Margaret Werkhoven**  
**(Prince Edward County) Mandat – 2006-2007**

Margaret Werkhoven a pris sa retraite du Hastings and Prince Edward District School Board en 1999, mettant un terme à une carrière de 35 ans dans le monde de l'éducation. Elle a occupé divers postes, dont ceux d'enseignante au secondaire, de directrice adjointe et de directrice. Elle a obtenu son baccalauréat spécialisé (anglais et latin) de l'Université de Western Ontario. Madame Werkhoven est membre du conseil d'administration du Collège Loyalist et est membre du conseil de direction des Enseignantes et enseignants retraités de l'Ontario. Elle est membre de divers conseils de quartier, dont le conseil d'administration du Quinte Arts Council, le Youth Habilitation Quinte, la Learning Foundation of Hastings and Prince Edward et le Parish Council of Christ Church. Elle a reçu le prix Sir MacKenzie Bowel à titre d'éducatrice de l'année (1999). Madame Werkhoven est mariée à Harold, un exploitant de ferme laitière à la retraite du comté de Prince Edward; elle est mère de deux enfants et grand-mère de trois petits-enfants.

## Notre RLISS

# Notre population

Le RLISS du Sud-Est regroupe 442 800 personnes, soit 3,8 % de la population de l'Ontario. Pendant la période 1994-2004, la population du Sud-Est a augmenté en moyenne de 0,5 % par année. La population de l'Ontario a augmenté de 1,5 % annuellement durant la même période. Le Tableau 1 illustre les caractéristiques sociales et démographiques de la population. Comparativement à la moyenne provinciale, le Sud-Est compte la plus grande proportion de personnes âgées et une proportion bien moindre d'immigrants et de minorités visibles. Les

francophones sont moins nombreux dans le Sud-Est (c.-à-d. les personnes dont le français est la langue maternelle) que dans le reste de la province. Le taux de chômage dans le Sud-Est est semblable au taux du reste de la province et, relativement à la province, une proportion moindre de résidants du Sud-Est a un faible revenu. Quarante-six pour cent des adultes (âgés de 20 ans et plus) ont terminé des études post-secondaires, mais à peine plus de 27 % n'ont pas terminé leurs études secondaires.



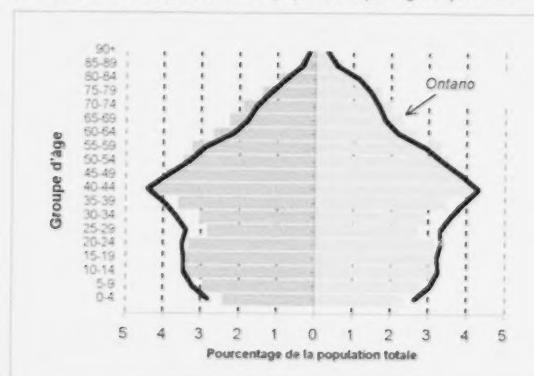
**Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques**

	SUD-EST	ONTARIO	Étendue du RLISS
Population totale (2004)†	442 800	12 392 700	242 500 - 1 542 900
Population âgée, 65 ans et plus (2004)†	15,7%	12,8%	9,4 - 15,7%
Population dont la langue maternelle est l'anglais	92,2%	71,9%	55,7 - 92,2%
Population dont la langue maternelle est le français	2,6%	4,7%	1,2 - 25,1%
Population d'immigrants	9,2%	26,8%	6,4 - 45,7%
Population d'immigrants récents (arrivés entre 1996-2001)	0,7%	4,8%	0,3 - 9,7%
Population de minorités visibles	2,7%	19,1%	1,3 - 38,8%
Population autochtone	2,0%	1,7%	0,3 - 13,9%
Taux d'activité (15 ans et plus)	62,5%	67,3%	60,0 - 72,0%
Taux de chômage (15 ans et plus)	6,9%	6,1%	5,0 - 9,8%
Population à faible revenu	13,4%	14,4%	10,0 - 22,3%
Familles (avec enfants) monoparentales	24,1%	23,4%	19,4 - 30,0%
Population (20 ans et plus) dont le niveau de scolarité est inférieur à la 9e année	7,2%	8,7%	6,3 - 12,0%
Population (20 ans et plus) sans diplôme d'études secondaires	27,3%	25,7%	19,2 - 33,4%
Population (20 ans et plus) ayant terminé des études postsecondaires	46,4%	48,7%	42,4 - 55,8%

Source des données : †Estimations de population de 2004. Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2001.

Le Graphique 1 présente la structure de la population du RLISS du Sud-Est. La ligne noire indique la répartition de la population ontarienne, à titre de comparaison. La pyramide des âges montre que la structure de la population dans la région du Sud-Est est semblable à celle de la province, bien qu'elle compte une proportion plus élevée de personnes âgées et une proportion plus faible de personnes faisant partie des groupes de 20 à 39 ans.

**Graphique 1: Répartition de la population par âge et par sexe**

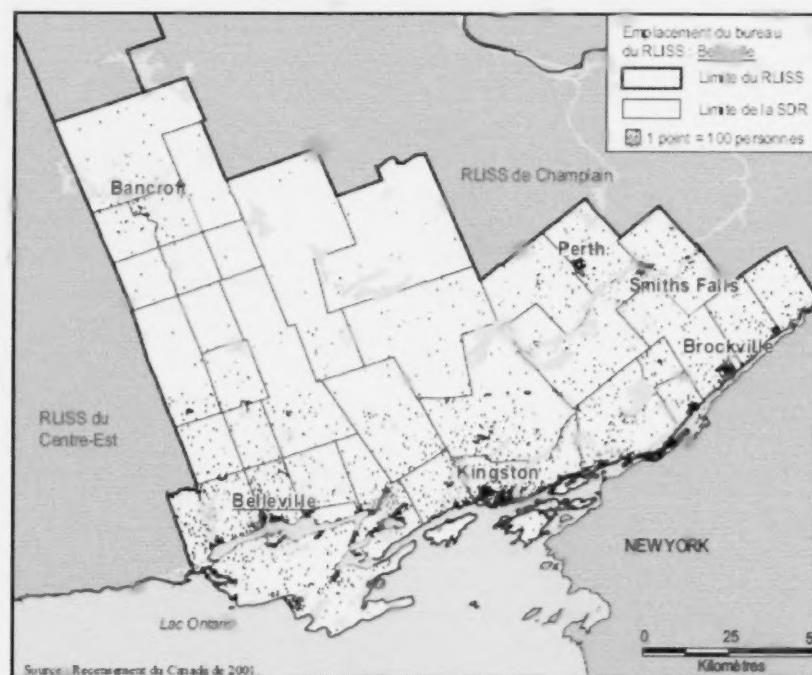


Source des données : Estimations de la population de 2004, Statistique Canada.

**La Carte 1** montre la distribution de la population en 2001 (cartographiée selon les aires de distribution) dans le RLISS du Sud-Est. Les limites des subdivisions de recensement (SDR), (comparables aux limites municipales dans la plupart des régions), et les noms des collectivités sélectionnées sont indiquées à titre de référence. Le quart de la population du Sud-Est réside dans le SDR de

Kingston (population d'environ 114 200 personnes), suivie par les autres régions les plus peuplées, soit Belleville (46 000 personnes), Quinte West (41 400 personnes) et Prince Edward (24 900 personnes), comptant respectivement 10%, 9% et 6% de la population. Le reste du Sud-Est est composé de SDR dont la population varie entre 360 personnes (Limerick) et 21 400 personnes (Brockville).

Carte 1 : Distribution de la population dans le Sud-Est



## État de santé

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années qu'une personne pourrait vivre en supposant que les taux de mortalité par âge transversaux demeurent constants au cours de la durée de vie. L'espérance de vie des hommes et des femmes de la région du Sud-Est est sensiblement plus faible que celle de l'Ontario dans son ensemble (Tableau 2). L'insuffisance de poids à la naissance est un déterminant important de la morbidité et de la mortalité infantiles. Dans la région du Sud-Est, 5,6 % des nourrissons nés entre 1999 et 2001 présentaient une insuffisance pondérale. La mortalité infantile est utilisée depuis longtemps pour mesurer non seulement la santé infantile, mais aussi le bien-être d'une société. Le taux de mortalité infantile de 5,0 sur 1 000 naissances vivantes dans le Sud-Est est semblable au taux provincial. L'état de santé déclaré, un indicateur de l'état de santé général, peut refléter les aspects de la santé qui ne sont pas révélés par d'autres mesures, comme la gravité des maladies, les aspects d'un bon état de santé, les réserves physiologiques et psychologiques, de même que les fonctions sociales et mentales. Le taux des résidants du Sud-Est qui indiquent que leur état de santé est « excellent » ou « très bon » est légèrement inférieur à celui de la province dans son ensemble. Un pourcentage

important de résidants (30,0 %, comparativement à 24,6 % pour la province) déclare être limité dans ses activités en raison d'un trouble physique ou mental, ou d'un problème de santé qui a duré ou devrait durer plus de six mois.



Tableau 2: État de santé

	SUD-EST	ONTARIO	Etendue du RLISS
Espérance de vie des femmes à la naissance (années), 2001†	80,3* ( $\pm 0,6$ )	82,1 ( $\pm 0,1$ )	79,5 - 82,2
Espérance de vie des hommes à la naissance (années), 2001†	75,7* ( $\pm 0,6$ )	77,5 ( $\pm 0,1$ )	74,7 - 80,6
Bébés présentant un poids insuffisant à la naissance (1999-2001)‡	5,6%	5,6%	3,7 - 6,2%
Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances vivantes (1999-2001)††	5,0 ( $\pm 1,4$ )	5,4 ( $\pm 0,2$ )	3,9 - 6,1
Population affirmant avoir une excellente ou une très bonne santé, 2003 (12 ans et plus)§	55,0%* ( $\pm 2,5$ )	57,4% ( $\pm 0,7$ )	51,0 - 61,5%
Population dont l'activité est limitée, 2003 (12 ans et plus)¶	30,0%* ( $\pm 2,9$ )	24,6% ( $\pm 0,6$ )	19,3 - 30,0%

\* Sensiblement différent de la moyenne provinciale établie en fonction d'intervalles de confiance de 95%.

Sources des données: † Registres de l'état civil de l'Ontario, base de données sur la mortalité. ‡ Registres de l'état civil de l'Ontario, base de données sur les naissances vivantes. § Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

## Pratiques sanitaires et soins préventifs

L'on sait que de mauvaises pratiques de santé sont liées à un risque accru de maladie chronique, de mortalité et d'invalidité. Le Graphique 2 montre que, par rapport à la province, les habitants du Sud-Est sont sensiblement plus susceptibles de présenter une surcharge pondérale ou d'être obèses. Selon l'indice de masse corporelle, 36,8 % de la population adulte du Sud-Est est considérée comme ayant une surcharge pondérale, et 16,8 % de la population est obèse. Comparativement à la moyenne de la province, le Sud-Est présente également une prévalence sensiblement plus forte de tabagisme quotidien. Les proportions de personnes consommant de l'alcool de façon abusive et physiquement inactives sont également plus élevées dans le Sud-Est que dans l'ensemble de la province, mais ces différences ne sont pas statistiquement importantes. De même, la prévalence de stress quotidien est légèrement plus faible dans le Sud-Est.

Le recours à des services de santé préventifs peut permettre de détecter rapidement les maladies, ce qui entraîne éventuellement une réduction des taux de morbidité et de mortalité. Les taux liés aux mammographies et au de test de Papanicolaou (pour le dépistage du cancer du col utérin) chez les femmes du Sud-Est sont semblables à ceux de la province (voir Tableau 3). Les résidents du Sud-Est sont sensiblement plus susceptibles d'avoir reçu un vaccin antigrippal au cours de l'année écoulée (39,0 %) que les résidants de la province dans son ensemble (34,2 %).

Tableau 3: Recours à des soins préventifs

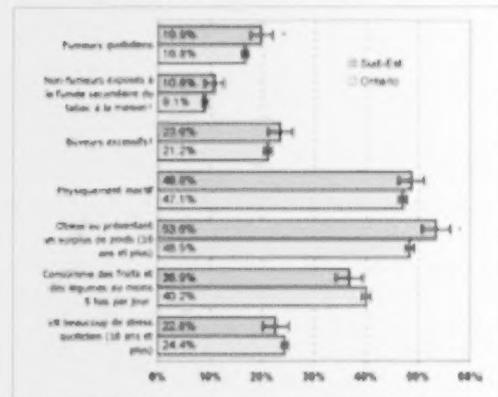
	SUD-EST	ONTARIO	Étendue du RISS
A subi une mammographie au cours des 2 dernières années (femmes entre 50 et 69 ans)	71,8% ( $\pm 4,8$ )	70,6% ( $\pm 1,9$ )	65,8 - 77,2%
A subi un test de Papanicolaou au cours des 3 dernières années (femmes de 18 ans et plus)	70,0% ( $\pm 3,5$ )	69,2% ( $\pm 1,0$ )	65,4 - 75,5%
A reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année (12 ans et plus)	39,0% ( $\pm 2,4$ )	34,2% ( $\pm 0,7$ )	30,3 - 39,0%
A consulté un médecin au cours de la dernière année (12 ans et plus)	82,4%* ( $\pm 1,9$ )	81,4% ( $\pm 0,6$ )	76,4 - 83,7%

\* Sensiblement différent de la moyenne provinciale établie en fonction d'intervalles de confiance de 95 %

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Le point d'accès à la majorité des soins médicaux est le médecin de premier recours. Les médecins en titre jouent également un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des conditions chroniques. La majorité des gens (82,4 %) du Sud-Est ont eu au moins un contact, en personne ou par téléphone, avec un médecin au cours de l'année écoulée. Ce taux est semblable pour l'Ontario, soit 81,4 %.

Graphique 2: Pratiques de santé, population de 12 ans et plus



\* Sensiblement différent de la moyenne provinciale établie en fonction d'intervalles de confiance de 95 %

† Fumée secondaire

‡ Pourcentage des buveurs actuels

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

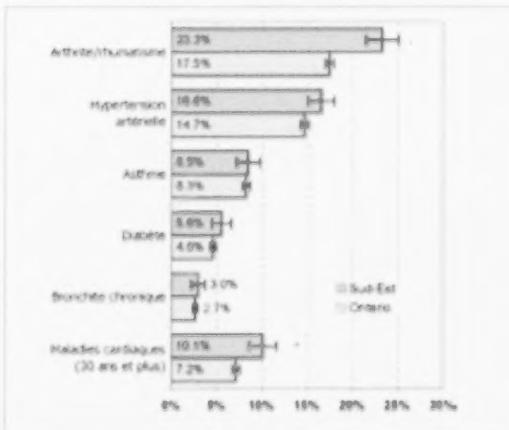
## Morbidité et mortalité

Les troubles chroniques représentent un lourd fardeau pour le système de santé et diminuent la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Le Graphique 3 montre que le Sud-Est présente une prévalence sensiblement plus forte d'arthrite et de maladies cardiaques, et des taux légèrement plus élevés d'autres troubles chroniques, comme le diabète et l'hypertension artérielle. Les taux de prévalence présentés dans le Graphique 3 ne sont pas normalisés selon l'âge, c'est pourquoi les régions comptant une proportion élevée de personnes âgées présenteront généralement des taux plus élevés de troubles chroniques.

Le Tableau 4 montre les taux de mortalité et d'hospitalisation normalisés selon l'âge, ainsi que les taux d'années potentielles de vie perdues (AVPV) par chapitre du CIM 10. Dans le Sud-Est, 19,8 % des décès surviennent avant l'âge de 65 ans, et 40,2 % surviennent avant l'âge de 75 ans (pour la province, ces pourcentages sont de 21,3 % et 41,2 % respectivement). Les taux de mortalité toutes causes confondues, d'AVPV et d'hospitalisation sont plus

élevés dans le Sud-Est que dans l'ensemble de la province. Il semble que cela soit attribuable aux taux plus élevés de maladies du système circulatoire et de tumeurs, qui sont les deux principales causes de mortalité et de morbidité et, dans une proportion moindre, à des maladies des voies respiratoires et du système nerveux. Les taux d'AVPV aident à quantifier le nombre d'années de vie «perdues» en raison de décès qui surviennent «prématurément» (c.-à-d. avant l'âge de 75 ans). Le Tableau 4 montre que, dans le Sud-Est, les tumeurs contribuent à davantage d'années potentielles de vie perdues que toute autre cause, suivies des maladies du système circulatoire et les causes externes (c.-à-d. les lésions).

Graphique 3 : Prévalence de certains troubles chroniques, population de 12 ans et plus



\* Sontablement différent de la moyenne provinciale établie en fonction d'intervales de confiance de 95 %.

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne 2003.

**Tableau 4: Taux de mortalité, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation par chapitre de la CIM-10**

Cause (chapitre de la CIM-10)	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 personnes (moyenne de 2000-2001)†		Taux d'années potentielles de vie perdues par 100 000 personnes (moyenne de 2000-2001)†		Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge par 100 000 personnes (2003-2004)‡	
	SUD-EST	ONTARIO	SUD-EST	ONTARIO	SUD-EST	ONTARIO
<b>TOUTES LES CAUSES</b>	<b>699,7</b>	<b>602,6</b>	<b>6 105</b>	<b>4 864</b>	<b>7 935,4</b>	<b>7 746,7</b>
I. Maladies infectieuses	10,1	9,3	129,6	122,3	109,8	119,9
II. Tumeurs	200,3	181,4	1 982,6	1 590,3	476,7	549,6
III. Maladies du sang	2,1	2,1	19,8	18,4	66,8	76,2
IV. Troubles endocriniens et nutritionnels	30,1	26,1	236,7	171,0	169,3	173,7
V. Troubles mentaux et du comportement	16,1	15,0	88,5	59,2	580,2	502,7
VI. Maladies du système nerveux	31,2	24,8	205,4	142,9	130,3	111,6
VII. Maladies des yeux	0	-	0	-	13,3	20,1
VIII. Maladies des oreilles	-	-	2,1	1,1	12,8	20,7
IX. Maladies de l'appareil circulatoire	245,2	209,1	1 213,3	852,9	1 092,1	1 007,5
X. Maladies de l'appareil respiratoire	58,6	45,4	238,4	150,5	686,3	624,6
XI. Maladies de l'appareil digestif	27,6	22,6	232,5	191,1	770,7	761,2
XII. Maladie de la peau	1,0	1,0	11,6	3,9	64,0	65,9
XIII. Maladies musculo-squelettiques	4,4	3,8	22,3	24,8	412,3	356,0
XIV. Maladies génito-uranaires	12,7	11,1	55,1	38,2	437,6	421,0
XV. Troubles liés à la maternité	-	0,1	6,0	4,6	1 304,4	1 367,8
XVI. Troubles périnataux	2,8	4,2	148,9	266,5	63,7	71,7
XVII. Anomalies congénitales	4,0	3,1	187,0	158,0	51,3	47,9
XVIII. Symptômes non classés ailleurs	12,1	10,8	253,1	234,0	500,7	457,9
XIX. Lésions et empoisonnements	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	648,9	578,6
XX. Causes externes de mortalité	41,1	32,6	1 072,0	834,3	S.O.	S.O.
XXI. Facteurs influant sur le recours aux services	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	343,8	408,6

Données supprimées en raison des petits nombres. Sources des données : † Registres de l'état civil de l'Ontario, base de données sur la mortalité

‡ basée de données sur les malades hospitalisés de l'Ontario

# Priorités en matière d'intégration

Les systèmes de santé sont complexes et les priorités sont nombreuses. Le classement des priorités par ordre d'importance exige une compréhension de la question en jeu, de son importance relativement aux autres enjeux, de l'interrelation entre celles-ci, ainsi qu'une certaine mesure de soutien relativement à cette priorité.

Dans la région du Sud-Est, les priorités proviennent d'au moins quatre sources distinctes:

1. le ministère de la Santé et des Soins de longue durée,
2. les possibilités relatives aux priorités du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) (21 février 2005)
3. les observations résultant de la mobilisation de la collectivité
4. les priorités liées au démarrage
5. l'ébauche du Plan de services de santé intégrés (PSSI).

*1. Parmi les priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, mentionnons les suivantes:*

- le temps d'attente/l'accès aux soins
- les soins de santé primaires
- la reddition de comptes du système
- les Réseaux locaux d'intégration des services de santé

*2. Les priorités du Réseau local d'intégration des services de santé sont les suivantes:*

- les soins au patient
  - l'intégration des services de toxicomanie et de santé mentale
  - l'innovation en matière de santé rurale
  - le transport médical d'urgence
  - le pilotage du client ou patient aux points de transition du RLISS
  - les services de soutien administratifs relativement aux services de soins palliatifs intégrés
  - le dossier informatisé
  - les infirmières praticiennes : améliorer l'intégration dans tous les services
  - le partenariat avec les collectivités rurales/bénévoles
  - assurer un apport de données géographiques important à la planification du RLISS
  - assurer un meilleur système de pilotage des clients sur le plan communautaire
- 3. Observations issues de la mobilisation de la collectivité:*
- la réforme des soins de santé primaires
  - le transport d'urgence et le transport non urgent
  - la stratégie et la mise en œuvre de la cybersanté dans le Sud-Est
  - l'intégration des services non cliniques ou administratifs

#### *4. Priorités liées au démarrage*

En mars 2006, le Réseau local d'intégration des services de santé a demandé aux fournisseurs de soins de santé d'identifier les priorités courantes relativement à l'amélioration du système de santé local. Cette demande visait à confirmer la pertinence des priorités identifiées précédemment. Voici les priorités cernées relativement à la mise en train, ainsi que le nombre de groupes appuyant chacune:

- la réforme des soins primaires (4)
- l'intégration des services de santé mentale et de toxicomanie (4)
- le pilotage (3)
- les soins palliatifs (3)
- le transport (2)
- la cybersanté/l'information sur la santé (2)
- l'accès en régions rurales, l'accès local, l'accès aux Centres d'accès aux soins communautaires
- le logement avec services de soutien
- les soins de santé pour les sans-abri.

#### *5. L'ébauche du Plan de services de santé intégrés – Plan intégré*

- l'accès aux soins de santé primaires
- l'accès aux spécialistes
- la réduction des temps d'attente avant traitement

- l'accès aux services de toxicomanie et de santé mentale
- l'accès aux soins de réadaptation
- le transport entre la résidence et le lieu où sont dispensés les soins
- la disponibilité des soins de longue durée
- l'intégration des services à un continuum de soins
- l'intégration de la cybersanté
- le plan régional de ressources humaines en matière de santé
- la mobilisation des collectivités autochtones

Certains thèmes communs ressortent, dont la nécessité d'apporter des changements prioritairement aux domaines suivants :

- les soins de santé primaires
- le temps d'attente/l'accès aux soins
- le transport
- la santé mentale et la toxicomanie
- la cybersanté
- les soins palliatifs

Le Réseau local d'intégration des services de santé élaborera en 2006-2007 des stratégies relativement à ces priorités communes.

# Évoluer à partir des succès remportés

## *Exemples de réussites*

Le Réseau local d'intégration des services de santé a le privilège de travailler dans un environnement comptant des fournisseurs de soins de santé ouverts à l'innovation. Le RLISS du Sud-Est, dont le mandat est de faciliter l'intégration, commence sur un bon pied. La région du Sud-Est peut s'enorgueillir de plusieurs réussites, par exemple dans les domaines suivants : les soins palliatifs, la santé mentale et les toxicomanies, le contrôle des infections, le traitement des accidents cérébraux-vasculaires, la physiothérapie, la télémédecine, les équipes de santé familiale, les services de soutien communautaire, le réseau de soins de santé, les centres de santé communautaires et bien d'autres exemples d'efforts pour offrir les soins de façon intégrée dans cette importante région de l'Ontario.

L'un des plus beaux exemples de réussite est celui du Providence Continuing Care Centre qui a augmenté l'accès et réduit le temps d'attente des patients externes nécessitant des services de réadaptation après une arthroplastie totale de la hanche et du genou. L'information préopératoire, offerte au moment où le patient est le plus en mesure de retenir l'information, améliore la qualité de vie et les résultats postopératoires, et minimise les délais avant l'autorisation de sortie des soins actifs qui sont associés aux délais dans l'apprentissage et le développement des habiletés. L'objectif global de ce projet était d'augmenter l'accès aux services de réadaptation pour les malades externes, afin de minimiser la durée du séjour et les délais superflus avant l'autorisation de sortie, réduire le temps d'attente pour la réadaptation des malades externes ayant subi une arthroplastie du genou

et de la hanche, et améliorer les résultats postopératoires. Parmi les activités inhérentes à ce projet, mentionnons les suivantes : l'éducation postopératoire de groupe, l'exercice collectif dans la piscine thérapeutique et un mécanisme amélioré de renvoi vers les services offerts aux malades externes.

Dans le cadre de ce projet, les membres du Wait Time Strategy Community Partner Working Group se sont réunis régulièrement afin d'assurer une communication et une collaboration régulières relativement aux initiatives touchant la population ayant subi une arthroplastie du genou et de la hanche. Les promoteurs du projet ont fait en sorte que la sensibilisation préopératoire comprenne une journée d'évaluation, de la documentation, ainsi que des séances de conseils individuelles avec des physiothérapeutes. La Société d'arthrite offrait des services de formation de groupe. Des programmes d'exercice préopératoire étaient également offerts aux patients après évaluation. Il est important de pouvoir analyser la capacité et de l'améliorer, et c'est ce qu'a fait ce projet.

Nous avons hâte d'aider les différents organismes à réaliser ce genre d'intégration afin de répondre aux besoins de nos collectivités.

## Opérations de démarrage

Une fois le cadre stratégique mis en place par le gouvernement de l'Ontario et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) choisis comme modèle d'intégration dans la province, il était temps de constituer les RLISS en sociétés. En juin 2005, lors de 14 conférences de presse tenues un peu partout dans la province, on a fait connaître les 14 présidents, 42 membres fondateurs et 14 chefs de direction des RLISS.

Les chefs de direction ont commencé leur travail en août 2005 et collaboré avec les présidents du conseil afin de commencer à prendre contact avec les collectivités concernées. Cet été, les dirigeants des RLISS ont tenu 37 rencontres informelles dans la province avec 1 500 dirigeants des organismes prestataires de soins de santé.

Quatorze bureaux ont été mis sur pied dans la province. Dans le but d'assurer une opération efficiente, les RLISS ont mis en place une procédure administrative commune et ont retenu les services d'une société, CGI, qui est responsable de la paie, des services financiers et des ressources humaines au nom des RLISS.

À l'automne 2005, tous les bureaux du RLISS étaient ouverts et prêts à entrer en fonction. Quatre membres du personnel ont été recrutés pour chacun des RLISS et, à la fin de janvier 2006, chaque RLISS était doté de deux directeurs principaux, un adjoint à la direction et un chef de bureau. D'autres membres du personnel seront recrutés sous peu.

Un manuel des opérations d'exploitation précise les politiques et procédures de base concernant les

opérations d'exploitation du RLISS. Il inclut également les directives du gouvernement auxquelles les RLISS doivent se conformer, soit un résumé des prescriptions de la loi gouvernant les pratiques des RLISS et les pratiques normales exigées par le ministère pour tous les RLISS.

À partir de l'été 2005 et durant tout le reste de l'année, des séances d'orientation intensives ont eu lieu à l'intention des membres fondateurs et du personnel du RLISS. Dans le cadre du perfectionnement professionnel, les RLISS et le Ministère ont organisé plusieurs cellules de réflexion sur des sujets tels les modèles de financement, la planification, le gouvernement d'entreprise, l'éthique, ainsi qu'un cadre de travail favorisant la prise de décision éthique. Des groupes de discussion ont été organisés sur différents thèmes, par exemple, les médecins et les RLISS, ainsi que les questions intersectorielles touchant le RLISS.

Les accords relatifs à la reddition de comptes entre chaque RLISS et le Ministère ont été mis au point pour les exercices 2005-2006 ainsi que 2006-2007, précisant les principales activités relevant des RLISS. Les RLISS ont reçu les modèles de présentation et les lignes directrices concernant la préparation des rapports trimestriels à remettre au Ministère.

# Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est: bilan de l'année

*Voici un survol des activités ayant marqué l'année:*

## **Objectifs du RLISS**

### **1. Mise en place des politiques du gouvernement, des pratiques et du réseau de relations du RLISS**

#### **A. Membres du conseil de la collectivité**

Tel qu'il a été convenu, le conseil a présenté trois candidats issus de la collectivité pour nomination par le Ministère au sein du conseil du Sud-Est. L'on s'attend à recevoir les mises en candidature des trois autres membres du conseil d'ici la fin d'avril.

#### **B. Élaboration des objectifs relatifs à la performance et d'un mécanisme d'évaluation pour le directeur général du RLISS**

Un petit groupe de travail composé des présidents et directeurs généraux des RLISS, dont G. Thompson, présidente du RLISS du Sud-Est, ont préparé l'ébauche d'un mécanisme permettant d'évaluer un directeur général du RLISS. Cette ébauche sera présentée au conseil du Sud-Est pour élaboration et deviendra l'outil qui lui permettra d'évaluer son directeur général. Le conseil devra fixer au cours des prochains mois les objectifs quant à la performance du directeur général.

#### **C. Élaboration d'un processus concernant la mise en place de la structure du conseil**

Lors de sa réunion du 16 janvier 2006, le conseil a demandé à Florence Campbell, vice-présidente, et au directeur général de prévoir un processus concernant la gouvernance. Le dialogue a été lancé et une ébauche de plan a été préparée concernant une série de séances portant sur la gouvernance se terminant d'ici le printemps 2006. Monsieur Jim Ninniger, ancien directeur général du Conference Board of Canada et actuellement consultant en gouvernance, a accepté de travailler avec le conseil du RLISS du Sud-Est pour l'aider à mettre au point un modèle de gouvernance. Monsieur Ninniger rencontrera le conseil du RLISS du Sud-Est le lundi 10 avril 2006.

#### **D. Orientation à l'intention des nouveaux membres du conseil**

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) prépare actuellement une séance d'orientation à l'intention des neuf membres à part entière du conseil et du directeur général de chacun des 14 RLISS. Cette séance aura lieu lorsque toutes les nominations seront terminées. Le RLISS du Sud-Est organisera une séance d'orientation sur mesure pour ses nouveaux membres. Celle-ci se déroulera le samedi 29 avril 2006.

### **2. Mise en place des fonctions du RLISS**

#### **A. Élaboration des relations stratégiques et du plan de mobilisation de la collectivité**

**La présidente, les membres du conseil et le directeur**

général ont rencontré les groupes de fournisseurs de services de la collectivité pendant les 200 premiers jours de fonctionnement du bureau du RLISS du Sud-Est. Jusqu'ici, ils ont rencontré plus de 4 000 personnes, représentant 100 groupes, et plusieurs autres rencontres sont prévues. Le conseil examinera un modèle de processus de mobilisation communautaire plus formel, de façon générale, de même que dans le cadre de son Plan de services de santé intégrés.

#### B. Plan de services intégrés

Le directeur général du RLISS du Sud-Est, représentant les directeurs généraux des autres RLISS, a élaboré, en collaboration avec l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé, un document traçant le plan de route du Plan de services intégrés. Ce document a été présenté et accepté par les directeurs généraux et les présidents du conseil le 22 janvier 2006. Peu après, un atelier sur le Plan de services intégrés et la mobilisation communautaire a eu lieu le 1er février 2006. Le plan de route proposé a été bien accueilli jusqu'ici. Le conseil du RLISS du Sud-Est a longuement débattu du processus permettant de lancer la planification du Plan de services de santé intégrés. Ce processus a été approuvé le 13 mars 2006. Une demande de proposition a été envoyée à sept sociétés d'experts-conseils en planification de systèmes de santé, et un petit comité de révision a étudié les propositions le lundi 27 mars 2006. Dans une première tentative pour mobiliser les intervenants et leur présenter l'approche choisie, des lettres de la présidente et du directeur général du RLISS du Sud-Est ont été envoyées aux présidents du conseil

et directeurs généraux de chacun des 117 organismes bénéficiaires de paiements de transfert.

#### C. Rapport sur les priorités d'intégration

L'étude du Rapport sur les priorités d'intégration, terminé en février 2005, a été présentée au conseil le 14 février 2006. Il en sera tenu compte dans le cadre du processus visant à établir les priorités initiales du RLISS du Sud-Est.

### 3. Établissement des opérations d'exploitation du RLISS

#### A. Recrutement du personnel

Du personnel a été recruté pour les quatre premiers postes offerts et le travail a déjà commencé. Je suis heureux de pouvoir compter sur l'équipe suivante :

*Paula Heinemann, chef du bureau*

*Sherry Kennedy, directrice, Performance, contrats et affectations*

*Jacqui Prospero, adjointe de direction*

*Nancy Sears, directrice, Planification, intégration et participation communautaire*

Une première séance d'orientation a eu lieu à l'intention de ces personnes le vendredi 6 janvier 2006. L'esprit d'équipe est déjà évident dans le Plan de services de santé intégrés ainsi que durant les réunions d'équipe régulières. Une séance d'orientation à l'échelle de la province a eu

lieu les 18 et 19 janvier à l'intention des deux directeurs. Les groupes composés respectivement des adjoints de direction et des chefs de bureau ont chacun organisé des téléconférences dans le cadre de leur orientation. Une autre période de recrutement pour tous les postes à temps plein débutera à l'été. Il est possible que des postes temporaires soient pourvus au cours des deux prochains mois afin de commencer les premières démarches visant à cerner les priorités. Deux postes temporaires ont été pourvus. Ce personnel accomplira des tâches de soutien auprès du conseil, de la présidente, des deux directeurs principaux et effectuera des tâches liées à la réception.

#### B. Établissement du processus administratif et de soutien

Le personnel développe actuellement divers processus administratifs. Il s'agit avant tout du service de la paie, du classement, de l'accès au courriel, des acquisitions, de la petite caisse et ainsi de suite. Le personnel soutient également les initiatives provinciales du RLISS pour mettre en place plusieurs fonctions administratives à Toronto. L'on s'attend à ce que le bureau administratif central à Toronto soit en fonction dès le 31 mars 2006, afin de coïncider avec la disposition de tempéroration de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé. Signalons des progrès importants dans l'élaboration du modèle de services communs pour le bureau administratif du RLISS à Toronto.

#### C. Présentation des rapports opérationnels et financiers

Le rapport de la présidente sur les réunions des présidents par téléconférence est un point permanent à l'ordre du jour du conseil.

Le directeur général présente au conseil une mise à jour mensuelle relativement à l'Accord sur les objectifs de rendement du RLISS du Sud-Est. On peut considérer cette mise à jour mensuelle comme un rapport de contrôle conforme à l'une des responsabilités inhérentes aux tâches de gouvernance du conseil.

Le directeur général fournit également un rapport mensuel distinct qui informe le conseil des autres questions d'ordre opérationnel.

Le conseil du RLISS du Sud-Est a approuvé le budget pour l'exercice 2006-2007 le lundi 27 mars 2006. Le budget du RLISS du Sud-Est reflète la densité de la population dans la région, le nombre d'organismes bénéficiaires de paiements de transfert, ainsi que la dynamique liée à l'existence du Queen's Academic Health Sciences Centre.

## Governance

On trouvera de plus amples détails sur les activités liées à la gouvernance durant la première année du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est dans le « Message de la présidente » au début du présent document.

## Plan de services intégrés en matière de santé

Le plan de route du Plan de services intégrés en matière de santé a été remis (version définitive datée du 19 janvier 2006) et présenté lors de la séance d'information du 3 février 2006.

Un plan de projet pour le Plan de services intégrés en matière de santé a été mis au point après plusieurs révisions de la part du conseil du RLISS du Sud-Est (le dernier débat a eu lieu le 13 mars 2006). Le plan de projet comprend les éléments suivants:

- une équipe directrice (composée de trois membres du conseil, du directeur général, de deux principaux membres du personnel de niveau supérieur du RLISS),
- une équipe de travail composée de membres nommés par tous les secteurs à l'intérieur du territoire du RLISS (hôpitaux, centres de santé communautaires, services de soutien communautaires, services de santé mentale, services de toxicomanie, Centres d'accès aux soins communautaires, installations de soins de longue durée, ainsi que de membres du monde de l'enseignement des sciences de la santé, de citoyens de langue française avec l'appui du Projet d'analyse des données sur le système de santé) doit commencer son travail en avril 2006.

Une demande de proposition concernant les services de consultants externes pour ébaucher un Plan de services de santé intégrés a été préparée, approuvée par l'équipe directrice et le conseil, et rendue publique en mars 2006:

- Sept sociétés provenant de la liste des fournisseurs du MSSLD ont été invitées à soumettre une proposition.
- Cinq propositions nous sont parvenues et ont été étudiées par un comité composé de deux membres du conseil, du directeur général et de deux membres du personnel de niveau supérieur.
- Le comité chargé de l'étude des propositions a retenu une proposition et l'a soumise au conseil.
- Le 28 mars 2006, le conseil du RLISS du Sud-Est a accepté et approuvé la proposition de Hay Group.
- Un contrat a été préparé et signé le 28 mars 2006.
- Le Hay Group se trouvait sur place et a commencé le travail avant le 31 mars 2006.

La version définitive du Plan de services de santé intégrés devrait être soumise à l'approbation du conseil au mois d'octobre 2006.

# Mobilisation de la collectivité

## Une mobilisation nécessaire

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est est chargé d'un mandat vaste et ambitieux visant à améliorer l'accès à des soins de santé de haut calibre pour ses résidants en renforçant l'intégration et la coordination des services de santé. Nous savons que nous ne pourrons réaliser ce mandat qu'en obtenant la totale participation de la collectivité, en partageant l'information et en collaborant dans le respect, afin de faire de cette vision une réalité. Selon nous, la participation de la collectivité est le pilier essentiel de tout ce que nous cherchons à faire en tant que RLISS – elle permet la réussite et souligne l'importance des liens entre les fournisseurs de services de santé et les utilisateurs de ces services.

Nous avons déjà jeté les bases de rapports durables avec la collectivité. Nous avons en fait déjà rencontré plus de 4 000 intervenants jusqu'ici. Nous avons tenu des séances d'information communautaire de petite et grande envergure, et recruté des membres pour le conseil par le moyen d'un processus de recrutement communautaire. Notre conseil et notre personnel continuent de se faire connaître auprès des particuliers et des groupes de nos collectivités.

Ayant déjà eu la possibilité de rencontrer de nombreux intervenants dans la collectivité, nous allons maintenant tourner notre attention vers un processus de mobilisation communautaire plus formel et systématique, et ce, pour deux raisons : tout d'abord, nous avons besoin d'une

participation active et continue dans la création de notre Plan de services de santé intégrés; et ensuite, nous souhaitons partager avec tout le monde dans la collectivité les principes fondamentaux qui guideront les activités de mobilisation communautaires actuelles et futures au sein du RLISS, de sorte que nous puissions profiter de bons conseils sur la meilleure façon de faciliter la participation générale au processus décisionnel.

Les Ontariens, qu'ils vivent en milieu rural ou urbain, qu'ils soient francophones ou membres des collectivités autochtones, jeunes ou vieux, en santé ou malades, tiennent à leur système de santé et ont leur mot à dire, tant sur la façon dont les services sont offerts que sur la façon dont ils sont utilisés. Nous croyons que tous les citoyens de la province devraient avoir la possibilité d'aider à façonner l'évolution continue de cet important système. C'est pourquoi le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a l'intention de favoriser une participation importante, une écoute attentionnée et un échange fructueux. Nous sommes donc déterminés à organiser de fréquentes activités de mobilisation communautaire.

## États financiers

Au 31 mars 2006, l'examen de l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est indiquait un actif net (liquidités) de 28 370\$.

### Rapport des vérificateurs – Deloitte & Touche LLP

À l'intention des membres du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est au 31 mars 2006, ainsi que l'état des résultats et l'état de l'évolution de l'actif net, à compter de la date de la constitution en société jusqu'au 31 mars 2006. Ces états financiers relèvent du RLISS. Notre tâche est d'exprimer une opinion sur ces états financiers à partir de la vérification que nous effectuons.

Nous avons effectué notre vérification conformément aux normes canadiennes de vérification généralement reconnues. Ces normes exigent que nous planifiions et effectuions une vérification permettant d'obtenir une assurance raisonnable que les états financiers sont dénués d'inexactitudes importantes. La vérification consiste à examiner, par sondages, les preuves à l'appui des montants et des éléments d'information financière figurant dans les états financiers. Une vérification comprend également une évaluation des principes comptables employés et des prévisions budgétaires importantes faites par la direction, ainsi qu'une évaluation de la présentation des états financiers dans leur ensemble.

Selon nous, les présents états financiers présentent avec exactitude, dans tous les aspects importants, la position financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est au 31 mars 2006 ainsi que les résultats d'exploitation et les flux monétaires actualisés, pour la période allant de la date de la constitution en société, le 9 juillet 2005, jusqu'au 31 mars 2006, conformément aux normes canadiennes de vérification généralement reconnues.

*Deloitte & Touche LLP*

Comptables agréés

Toronto (Ontario)  
Le 31 mai 2006

# État de la situation financière

31 mars 2006

2006

## ACTIF

Encaisse	28 369\$
Immobilisations (Note 3)	1
	<b>28 370\$</b>

## PASSIF ET ACTIF NET

Comptes créditeurs et charge à payer (Note 4)	-
Actif net	28 370\$
	<b>28 370\$</b>

# État des résultats d'exploitation et évolution de l'actif net

Période allant de la date de constitution en société, le 9 juillet 2005, au 31 mars 2006

## Revenu

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MSSLD »)	2 600\$
Remboursement de la paie du MSSLD	239 361\$
	<b>\$241 961</b>

## Dépenses\*

Salaires et avantages sociaux	210 086\$
Fournitures de bureau	532\$
Frais postaux et messagerie	94\$
Restauration	403\$
Autre	2 476\$
	<b>213 591\$</b>

<b>Excédent des revenus sur les dépenses</b>	28 370\$
--	----------

## Actif net, début de la période

<b>Actif net, fin de la période</b>	<b>28 370\$</b>
-------------------------------------	-----------------

\* Une partie importante des exploitations du RLISS du Sud-Est pendant cet exercice était gérée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MSSLD »). Le reste, représentant seulement la petite caisse et la paie, était géré par le bureau du RLISS du Sud-Est et est indiqué ci-dessus. La partie relevant du MSSLD est reflétée dans les Notes 4 et 5 des présentes.

## 1. Description des activités

### Constitution et statut

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a été constitué en société par lettres patentes le 9 juillet 2005, à titre de société sans capital-actions. Après que le projet de loi 36 a reçu la sanction royale le 28 mars 2006, il s'est poursuivi en vertu de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local (la « Loi ») en tant que Réseau local d'intégration des services de santé (le « RLISS ») et ses lettres patentes se sont éteintes. En tant que société d'État, le RLISS n'est pas soumis à l'imposition.

Le RLISS est une société d'État et exerce ses pouvoirs uniquement à ce titre. Les limites imposées au RLISS quant aux activités qu'il peut entreprendre sont précisées dans la Loi et dans le protocole d'entente entre le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MSSLD »). Le financement du RLISS par le MSSLD pour l'exercice se terminant le 31 mars 2006 était conforme aux dispositions d'un Accord sur les objectifs de rendement.

### Opérations du RLISS

Le RLISS a pour mission de planifier, financer et intégrer le système de santé local à l'intérieur de son secteur géographique. Le RLISS couvre des régions géographiques clairement définies et permet aux collectivités et aux fournisseurs de soins de santé locaux de la région d'identifier de concert les priorités locales, de planifier les services de santé et d'en assurer la prestation

d'une manière mieux coordonnée. Le RLISS du Sud-Est compte environ 442 800 personnes et englobe les régions de Hastings, Prince Edward, Lennox et Addington, Frontenac, les comtés de Leeds et Grenville, les villes de Kingston, Belleville et Brockville, les villages de Smiths Falls et Prescott, ainsi qu'une partie des comtés de Lanark et Northumberland.

### Exercice fiscal

Ces états financiers représentent les activités du RLISS du 9 juillet 2005, date de constitution, au 31 mars 2006.

## 2. Principales conventions comptables

### Présentation des états financiers

Les états financiers ont été préparés conformément aux normes comptables propres aux organismes sans but lucratif publiées par l'Institut canadien des comptables agréés, à l'aide de la méthode du report des cotisations assujetties à des restrictions.

### Comptabilisation des produits

Le financement provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée est reconnu comme un revenu durant l'année où les dépenses qui y sont reliées sont engagées. Tous les fonds affectés à des fins particulières pour lesquels aucune dépense n'a été engagée sont inscrits comme produits comptabilisés d'avance.

## Budget des dépenses

La préparation d'états financiers en conformité avec les normes canadiennes de vérification généralement reconnues exige que la direction fasse des prévisions et formule des hypothèses ayant un effet sur le montant déclaré des ressources et des charges, les ressources et les charges éventuelles en date des états financiers, ainsi que les montants déclarés des revenus et dépenses durant la période de déclaration. Il est possible que les résultats réels diffèrent de ces prévisions.

## 3. Immobilisations

Le bureau du RLISS tient un registre des achats d'immobilisations faits au nom du MSSLD. Ces immobilisations comprennent les éléments suivants :

- immeubles donnés à bail (par le biais de la Société immobilière de l'Ontario)
- mobilier et matériel
- logiciels et matériel informatique

Ces actifs ont été inscrits pour une valeur nominale de 1\$, puisque le paiement desdits actifs a été inclus dans les dépenses du MSSLD.

## 4. Comptes créditeurs et charges à payer

Le MSSLD a inclus des comptes créditeurs et des charges à payer pour un total de 150 501 \$ dans ses registres au nom du RLISS au 31 mars 2006. Ces dépenses sont incluses dans les montants déclarés dans la Note 5.

## 5. Dépenses

Tous les autres frais d'exploitation, autres que ceux déclarés sur l'état des résultats d'exploitation, ont été autorisés et payés par le MSSLD au nom du RLISS. Ces dépenses, pour l'exercice se terminant le 31 mars 2006, étaient les suivantes :

Salaires et avantages sociaux	66 805\$
Occupation des locaux	1 133 960\$
Services communs aux RLISS	42 126\$
Information et technologie	73 355\$
Autres dépenses	305 523\$
	1 621 769\$

## **6. Garanties**

- (i) Le RLISS fait l'objet des dispositions de la Loi sur la gestion des finances publiques. Par conséquent, dans le cours normal des activités de l'entreprise, le RLISS ne peut conclure d'entente comprenant une indemnité en faveur d'une tierce partie, sauf en conformité avec la Loi sur la gestion des finances publiques et avec la directive connexe sur l'indemnisation.
- (ii) Le RLISS a fourni directement une indemnisation pour le directeur général. Entre le 28 mars 2006 et le 31 mars 2006, les membres du conseil, les cadres et les membres du personnel du RLISS ont bénéficié de l'article 35 de la Loi.

## **7. État des flux de trésorerie**

On n'a pas fourni d'état des flux de trésorerie, cette information étant disponible dans les états joints.

## **Rémunération annuelle des membres du conseil**

La période de déclaration de la rémunération des membres du conseil s'étend sur dix mois, soit de juin 2005 au 31 mars 2006; le nombre de membres du conseil variait entre un et six pendant cette période.

Indemnités quotidiennes	84 225\$
Demandes de remboursement de frais de voyage	13 740\$

## **Annexe A - Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local**

Le projet de Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, déposé le 24 novembre 2005, a reçu la sanction royale le 28 mars 2006. La Loi a pour but de mettre en place un système de santé intégré susceptible d'améliorer la santé des Ontariens en leur permettant d'avoir plus facilement accès à des services de santé de grande qualité, et de bénéficier de soins de santé coordonnés et d'une gestion efficiente du système de santé à l'échelon local par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

La Loi fournit le cadre législatif permettant la création d'un système de santé provincial caractérisé par les éléments suivants :

- établi au niveau de la collectivité : mobilise la collectivité à partir de ses propres besoins et priorités
- axé sur les partenariats : le ministre, le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services sont les partenaires
- tourné vers l'avenir : l'accent est mis sur la planification et l'établissement de priorités
- efficient : priviliege une répartition efficace du financement en fonction des priorités
- responsable : les attentes et les mesures du rendement sont clairement définies; un suivi et des rapports publics tiennent lieu de mécanismes régulateurs du système
- intégré : les soins sont coordonnés et axés sur les besoins des clients

La Loi précise un certain nombre d'exigences et de pouvoirs relativement au Ministère et aux RLISS dans les domaines suivants : la planification, la mobilisation de la collectivité, le financement, la reddition de comptes et l'intégration.

## **Planification et mobilisation de la collectivité:**

Le ministre doit mettre au point un plan stratégique provincial concernant le système de santé et le rendre public. Chaque RLISS doit mobiliser la collectivité et les responsables locaux de la planification, tant autochtones que francophones, afin de mettre au point un Plan de services intégrés pour le système de santé local. La collectivité est définie dans la Loi de façon générale et inclut les patients et autres, les fournisseurs de services de santé, de même que le personnel. La Loi précise certains moyens que peuvent mettre à profit les RLISS pour mobiliser la collectivité, soit les réunions communautaires, les groupes de concertation et les comités consultatifs.

## **Financement et reddition de comptes:**

Le Ministère fixe le financement destiné à chaque RLISS et convient d'une entente de responsabilité précisant les objectifs et les normes en matière de rendement, les exigences relativement à la reddition de comptes, un plan des dépenses, ainsi qu'un processus de gestion du rendement.

La Loi garantit que les gens peuvent avoir accès à des soins à l'extérieur de la région du RLISS dans laquelle ils résident. Les limites des RLISS ne constituent nullement un obstacle pour les gens concernés.

Lorsque les RLISS disposeront de l'autorisation de financement, ils participeront à des ententes de responsabilité relativement aux services avec les fournisseurs de soins, par l'intermédiaire desquelles ces derniers offriront des services de santé dans leur collectivité, conformément à l'entente de responsabilité des RLISS avec le Ministère.

## **Intégration:**

Dans le but de coordonner le système de santé, il se peut que les RLISS facilitent la concertation entre les fournisseurs de soins de santé relativement à l'intégration (p. ex., transfèrent les services à un autre lieu ou fournisseur, commencent à offrir un service ou cessent de l'offrir ou encore modifient l'ampleur d'un service). Les RLISS seront également dotés du pouvoir nécessaire pour exiger l'intégration là où ils jugent qu'il y va de l'intérêt public. La Loi comprend également des mécanismes protégeant les employés là où les services sont intégrés.

Au mois de juin 2006, toutes les parties de la Loi n'étaient pas encore en vigueur. La version complète de la Loi est disponible au [http://www.e-laws.gov.on.ca/home\\_E.asp?lang=en](http://www.e-laws.gov.on.ca/home_E.asp?lang=en).



**RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ  
du Sud-Est**

**Renseignements**

*Tél.:*  
613-967-0196

ISSN #: 1911-2947

*Téléc.:*  
613-967-1341

*Georgina Thompson, présidente*  
*Tél. : 613-967-0196 poste 243*  
*Courriel: georgina.thompson@lhins.on.ca*

*Courriel:*  
[southeast@lhins.on.ca](mailto:southeast@lhins.on.ca)

*Paul Huras, Directeur général*  
*Tél. : 613-967-0196 poste: 245*  
*Courriel: paul.huras@lhins.on.ca*

Réseau local d'intégration des services de santé  
du Sud-Est  
48, rue Dundas Ouest  
Unité 2  
Belleville (Ontario) K8P 1A3

*Site Web:*  
[www.lhins.on.ca](http://www.lhins.on.ca)

